Journal of Res. in Cli. Psychology & Counseling
Vol. 6, No 2, Autumn & Winter 2017, 48-62.
Doi: 10.22067/ijap.v6i2.54660

مجله پژوهش‌های روان شناسی بالینی و مشاوره
سال ۶، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۵، ۶۲-۴۸.

پیش بینی امید به زندگی زوجین بر اساس باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی

Prediction of Life Expectancy of Spouses based of Meta-Cognitive Belief and Cognitive Fusion

تاریخ دریافت: ۹۴/۱۲/۲۸ تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۱/۱۰

حمیدرضا صمدی فرد[۱]

Hamid Reza Samadifard

چکیده

هدف: پیش بینی امید به زندگی زوجین بر اساس باور فراشناختی و همجوشی شناختی صورت پذیرفت.

روش: روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند که به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۱۲۶ نفر (۶۳ زن و شوهر) به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای جمع آوری داده‌ها، از مقیاس باور فراشناختی ولز (۲۰۰۴)، مقیاس همجوشی شناختی گیلاندرز (۲۰۱۴) و مقیاس امید به زندگی اشنایدر (۱۹۹۱) استفاده شد. داده های پژوهش نیز با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی با امید به زندگی زوجین رابطه منفی معناداری وجود دارد. ضرایب بتای متغیرهای پیش بین نیز نشان داد که خودآگاهی شناختی ۰/۲۰-، اطمینان شناختی ۰/۱۹-، کنترل ناپذیری نگرانی ۰/۱۳-، نیاز به کنترل نگرانی ۰/۲۸- و همجوشی شناختی ۰/۱۷- قابلیت پیش‌بینی معنادار امید به زندگی زوجین را دارند ($p< 0/05$). در نتیجه می‌توان بیان نمود که مؤلفه های باور فراشناختی و همجوشی شناختی در زمره متغیرهای مرتبط با امید به زندگی زوجین بودند و توانایی پیش‌بینی آن را دارند.

واژ ه‌های کلیدی: باور فراشناختی، همجوشی شناختی، امید به زندگی، زوجین.

Abstract

Purpose: To investigate prediction of life expectancy of spouses based of meta-cognitive belief and cognitive fusion.

Method: The study was based on a descriptive correlational method. Statistical population consisted of all spouses in Ardabil city in 2015. 126 people (63 married Spouses) were selected as the statistical sample using the convenience sampling. Data were collected through Wells' metacognitive belief questionnaire (2004), Gillander's cognitive fusion questionnaire (2014), and Snyder's life expectancy questionnaire (1991). Research data were analyzed by Pearson correlation coefficient and multiple regression methods.

Findings: The results showed that there is a significant negative relationship between meta-cognitive belief and cognitive fusion with life expectancy of spouses. Beta coefficients for predictor variables indicated that cognitive self-awareness -0/20, cognitive confidence -0/19, uncontrollability of worry -0/13, need to control thoughts -0/28, and cognitive fusion -0/17 have significantly predictive capability of life expectancy of spouses ($p<0.05$). Thus, it can be concluded that meta-cognitive belief and cognitive fusion are considered the predicting variables related to life expectancy.

Keywords: Metacognitive Belief, Cognitive Fusion, Life Expectancy, Spouses.

---

[۱]. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران، hrsamadifard@ymail.com

مقدمه

ثبات عاطفی و توافق بالا در بین زوجین به طور قابل اعتمادی با رضایت بیشتر آن ها همراه می باشد (Dyrenforth, Kahsy, Donnellan, & Lucas, 2010). از سوی دیگر سلامت و شکوفایی خانواده به روابط مناسب زوجین وابسته است. اگر پایه و اساس خانواده به اندازه کافی محکم نباشد سلامت جسمی و روانی خانواده به خطر خواهد افتاد (Rostami, Taheri, Abdi, & Kermani, 2014). خانواده یکی از نظام های اولیه جوامع بشری است که با وجود تحولات اساسی در اهداف و کارکردهای خود ثابت مانده است و هنوز در همه جوامع، اهمیت اساسی دارد. خانواده، مناسب ترین نظام برای تأمین نیازهای مادی، روانی و معنوی بشر بوده و بهترین بستر را برای تأمین امنیت و آرامش روانی اعضا، پرورش نسل جدید و اجتماعی کردن فرزندان و برآورده ساختن نیازهای عاطفی افراد فراهم نموده است (Nabawi & Ahmadi, 2011). اعضای خانواده تأثیر عاطفی زیادی بر مسائل خانوادگی می گذارند. سلامت عاطفی خانواده و زوجین از طریق کیفیت ازدواج مشخص می شود و یک ازدواج موفق به واسطه مهیا کردن برخی عوامل مطلوب و مهم نظیر یافتن یک همراز، یک دوست، احساس محبوب بودن و محترم بودن به عنوان یک انسان موجب سلامتی عاطفی می شود.

امید به زندگی می تواند به عنوان یک عامل شفا دهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد. برای پیش بینی میزان امید به زندگی برای یک جمعیت زنده در سال جاری مفهوم جدول عمر به کار برده می شود (Elizabeth, 2011). امید به زندگی، سلامت جسمی و روانی را آن گونه که با انواع شاخص ها از جمله سلامت خود گزارشی، پاسخ مثبت به مداخلات پزشکی ،سلامت ذهنی، خلق مثبت، اجتناب از رویدادهای فشار زای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی و رفتار ارتقا دهنده سلامت مشخص شده اند، پیش بینی می کند. امید به عنوان یکی از منابع مقابله انسان عمل می کند (Ghasemi, Abedi & Baghban, 2009). علاوه بر این میزان مرگ و میر در بدو تولد به شدت بر روی امید به زندگی اثر می گذارد و به همین علت این شاخص به عنوان یک شاخص بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی نام برده می شود بوده و با افزایش موارد مرگ کودکان این شاخص کاهش می یابد. در برآوردهای سازمان بهداشت جهانی نیز امید به زندگی در ایران در سال ۲۰۰۹ معادل نزدیک ۷۰ سال در مردان و ۷۳ سال در زنان و در کل جمعیت نزدیک ۷۲ سال تخمین زده شده است هم چنین بر اساس رتبه بندی کشورها بر حسب امید به زندگی در سال ۲۰۰۹ در بین ۲۱۶ کشور، ایران رتبه ۱۲۷ را داشت (Ahmadi & Shojae, 2011).

یکی از عواملی که می تواند در امید به زندگی زوجین تاثیر گزار باشد، باور فراشناختی[1] است. فراشناخت به ساختارها، دانش، وقایع و فرایندهای روانشناختی اشاره دارد (Wells, 2009). فراشناخت، آنچه که ما مورد توجه قرار می دهیم و وارد حیطه ی هوشیاری خود می کنیم، ارزیابی ها و تأثیر انواع راهبردهایی که ما برای تنظیم افکار و احساسات مان به کار می بریم را شکل می دهد. فراشناخت به آگاهی و نظارت بر یک افکار تعریف شده است(Iiskala, Vauras, Lehtinen, & Salonen, 2011). علاوه بر این، فراشناخت، فکر کردن درباره فرایند تفکر است (Helen, Steffen & Reinhard, 2013). فرآیندهای فراشناختی دارای دو جنبه ی مستقل اما مرتبط با یکدیگرند: دانش فراشناختی و تجربه فراشناختی. مطالعات نشان داده است که باورهای فراشناختی در مبتلا شدن به اختلالات اضطرابی نقش دارد (Lobban, Haddock, Einderman & Wells, 2002). فراشناخت هم شامل فرآیند فراشناختی و هم شامل تجارب یا تنظیم شناختی است. باور فراشناختی به اکتساب دانش پیرامون فراشناختی و دانش درباره نحوه استفاده از فرایند های کنترل شناختی اشاره دارد. روانشناسی فراشناخت حوزه اندیشه گری نوینی است که پیشه آن به قرن بیستم بر می گردد (Karami, Zakiei & Rostami, 2013). نتایج تحقیقی نشان داد که نقص در فراشناخت، عملکرد افراد را کاهش می دهد (Ghaleb, Souad & Mutasem, 2015). نتایج تحقیق دیگری نشان داده است که بیماران روان پریش با نقص های شناختی و فراشناختی روبرو هستند (Vohs, Lysaker, Francis, Hamm, Buck & et al, 2014). نقص در فراشناخت با اختلال شخصیت رابطه دارد (Jared, Giancarlo, Raffaele, Kelly, Kelly & et al, 2016). نتایج تحقیقی نشان داد فراشناخت از عوامل تاثیر گزار در رضایت از زندگی زوجین می باشد (Morrison & Wells, 2003). فراشناخت نقش تاثیر گزاری در کاهش یا بهبود روابط زوجین دارد (Fisher & Wells, 2008). نتایج تحقیقی نشان داد آموزش راهبردهای فراشناختی به زوجینی که دارای نقص در فراشناخت خود هستند، باعث بهبود رضایت زناشویی آن ها می شود (Vanderheiden, Muris & Vandermolen, 2012). نتایج تحقیق دیگری نشان داد نقص در فراشناخت باعث کاهش رضایت از زندگی زوجین می شود (Valizade, Hasanvandi, Mehrabizade Honarmand & Afkar, 2013). باورهای فراشناختی از عوامل موثر در وضعیت سلامت روانی افراد هستند (Ashouri, 2009). هم چنین بین باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد (Salarifar & Pouretemad, 2012). هم چنین نتایج تحقیق دیگری با عنوان بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی نشان داد فراشناخت درمانی بر میزان رضایت زناشویی زنان موثر است (Ashouri, Khaleghi & Saffarian, 2014).

1. Metacognitive Belief.

یکی دیگر از عواملی که می تواند بر امید به زندگی زوجین تاثیر گزار باشد همجوشی شناختی[1] است. منظور از همجوشی شناختی این است که فرد طوری تحت تاثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می کند (Gillanders, Ashleigh, Margaret & Kirsten, 2015).

در رابطه با همجوشی شناختی تعداد پژوهش های انجام شده اندک است. در خارج از ایران در بررسی تاثیر همجوشی شناختی مربوط به تصویر بدن با آسیب شناسی روانی خوردن، این نتیجه به دست آمد که همجوشی شناختی در درمان آسیب شناسی روانی غذا خوردن و نارضایتی از بدن اهمیت دارد (Ines & Trindade, 2014). در ایران نتایج پژوهشی نشان داد بین همجوشی شناختی و کیفیت زندگی رابطه معناداری وجود دارد (Samadifard, 2015). هم چنین نتایج پژوهش دیگری نشان داده است که بین همجوشی شناختی با افسردگی در بین زوجین رابطه معناداری وجود دارد (Samadifard, 2016). علاوه بر این همجوشی شناختی از عوامل تاثیر گزار در بروز اضطراب در بین افراد می باشد (Akbari, Mohamadkhani & Zarghami, 2016).

از آنجایی که همجوشی شناختی از متغیرهای جدید و تاثیر گزار در روانشناسی می باشد، تعداد پژوهش های انجام شده در رابطه با آن زیاد نیست (Gillanders & et al, 2015). از سوی دیگر نقص در فراشناخت با اختلالات روانی و شخصیت رابطه معناداری دارد (Vohs & et al, 2014 ; Jared & et al, 2016). بررسی این متغیرها در پیش بینی امید به زندگی زوجین، رویکرد تازه ای در مطالعات زناشویی محسوب می شود. با توجه به اهمیت موضوع و مطالب گفته شده و هم چنین عدم وجود پژوهش مشابه، پژوهش حاضر با هدف پیش بینی امید به زندگی زوجین بر اساس باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی صورت پذیرفت.

روش

روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش کلیه زوجین شهر اردبیل در سال ۱۳۹۴ بودند. با توجه به اینکه در تحقیقات توصیفی حداقل تعداد نمونه ۱۰۰ نفر می باشد (Delavar, 2000)، بر اساس تعداد متغیرهای پژوهش از طریق نرم افزار Gpower (Cunningham & Mccrum Gardner, 2007)، با اندازه متوسط ۰/۱۰، ضریب آلفا ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۹۵ در نرم افزار، ۱۲۶ نفر (۶۳ زن و شوهر) به روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. به این صورت که برای انتخاب نمونه آماری و اجرای پژوهش، بعد از کسب مجوزهای لازم به مکان های کلیدی شهر اردبیل (پارک ها، مکان های عمومی

1. Cognitive Fusion.

و ...) مراجعه و از زوجین در دسترس برای همکاری در پژوهش جلب رضایت شد. دامنه سنی آزمودنی ها ۲۲ تا۴۴ سال بود. برای جمع آوری داده‌ها، از ابزارهای باور فراشناختی ولز، همجوشی شناختی گیلاندرز و امید به زندگی اشنایدر استفاده شد. شرح ابزار گردآوری اطلاعات به صورت زیر می باشند:

مقیاس باور فراشناختی (MCQ) [1]: نسخه ۳۰ ماده ای این مقیاس توسط ولز و کارت رایت هاتون (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) برای سنجش باور فراشناختی افراد ساخته شده است. این مقیاس همانند فرم اصلی دارای ۵ زیر مقیاس مهار ناپذیری و خطر (۱۸-۱۵-۱۴-۱۱-۹-۷-۶-۴-۱)، باور مثبت درباره نگرانی (۲۹-۲۷-۲۳-۲۰-۱۰)، خودآگاهی (۲۸-۲۴-۱۶-۱۳-۱۲-۵-۳)، اطمینان شناختی (۲-۸-۲۲-۲۶-۳۰) و نیاز به کنترل فکر (۲۵-۲۱-۱۹-۱۷) است و برای به دست آوردن نمره کل، نمرات زیر مقیاس‌ها با هم جمع می‌شود. این ابزار در یک طیف چهار درجه ای از موافق نیستم تا خیلی موافقم نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات مقیاس بین ۳۰ تا ۱۲۰ خواهد بود. نمره بالاتر نشان دهنده باور فراشناختی بالا و نمره کم به معنای باور فراشناختی پایین است.

در نسخه اصلی همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ به دست آمد. هم چنین پایایی باز آزمون این مقیاس در فاصله چهار هفته ۰/۷۵ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۵۹تا ۰/۸۷ به دست آمد (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). در نسخه ایرانی مقیاس از روش آلفای کرونباخ برای تعیین همسانی درونی مقیاس استفاده شد و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ به دست آمد و برای زیر مقیاس بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۳ به دست آمد.

روایی همزمان به وسیله محاسبه همبستگی با مقیاس اضطراب صفت اسپیلبرگر برای این مقیاس ۰/۴۳ به دست آمد. بنابراین یافته‌ها نشان می‌دهند که این مقیاس از ویژگی روانسنجی مطلوبی برخوردار است (Shirinzadeh Dastgiri, Goodarzi, Rahimi & Naziri, 2009). در این پژوهش، ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۷۰ تا ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس همجوشی شناختی (CFQ)[2]: مقیاس توسط گیلاندرز، بلدرستون، باند، دمپستر، فلاکسمن و همکاران (Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, Flaxman, & et al, 2014) برای سنجش همجوشی شناختی افراد تهیه شده و دارای ۷ سوال در طیف لیکرت ۷ درجه ای (از همیشه درست تا هرگز درست نیست) می باشد. دامنه نمرات این مقیاس بین ۷ تا ۴۹ خواهد بود. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته ای ۰/۸۰ گزارش

1. Metacognitions Questionnaire.
2. Cognitive Fusion Questionnaire.

کردند. ضریب همبستگی ابزار با مقیاس تعهد و پذیرش و مقیاس ذهن آگاهی ساوتمتون به ترتیب برابر ۰/۷۲ و ۰/۷۰ به دست آمد. در ایران نتایج پژوهش (Zare, 2014) نشان داد مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی مقیاس ۰/۷۶ به دست آمد (Akbari, Roshan, Shaieri, Ladan, 2014) ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و ضـریب پایایی بازآزمایی به فاصله ۵ هفته را هم ۰/۸۶ گزارش کردند. در مطالعه حاضر ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس امید به زندگی (SHS)[1]: این مقیاس توسط اشنایدر، هریس، اندرسون، هالرن و ایروینگ، سیگمون و همکاران (Snyder, Harris, Anderson, Holleran, Irving, Sigmon, & et al, 1991)برای سنجش امیدواری ساخته شده است. مقیاس دارای ۱۲ عبارت در طیف لیکرت ۵ درجه ای است و به صورت خود سنجی اجرا می شود. از این عبارت ۴ عبارت برای سنجش تفکر عاملی، ۴ عبارت برای سنجش تفکر راهبردی و ۴ عبارت انحرافی است.

بنابراین این مقیاس دو زیر مقیاس دارد: عامل و راهبرد. سوالات ۳، ۷، ۱۱ به صورت معکوس نمره گزاری می شود. برای به دست آوردن نمره کلی، نمرات زیر مقیاس را باهم جمع می شود. تحقیقات زیادی از پایایی و اعتبار این مقیاس به عنوان مقیاس اندازه گیری حمایت می کنند. همسانی درونی کل آزمون بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ است. پایایی آزمون-باز آزمون ۰/۸۰ و در دوره های بیشتر از ۸ تا ۱۰ هفته از این میزان نیز بالاتر است. روایی و پایایی مقیاس در ایران نیز تایید شده است (Sedation, Mostajeran & Ghamrani, 2012).

نتایج پژوهش دیگری نشان داد مقیاس از روایی مطلوبی برخوردار بوده و ضریب پایایی مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد (Kermani, Khodapanahi & heidari, 2011). در پژوهش حاضر از نمره کل امید به زندگی استفاده شد و ضریب پایایی مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

داده های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم افزار آماری spss نسخه ۲۱ و سطح معنی داری p=۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها

در گام اول تحلیل نتایج، آمار توصیفی متغیرهای باور فراشناختی، همجوشی شناختی و امید به زندگی محاسبه شد و در جدول یک آمد.

1. Snyder Hope Scale.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیرها		جنس	حجم نمونه	M	SD
مؤلفه های باور فراشناختی	خودآگاهی شناختی	مرد	۶۳	۱۴/۶۰	۵/۹۱
		زن	۶۳	۱۳/۷۹	۵/۹۲
		کل	۱۲۶	۱۴/۱۹	۵/۹۲
	باور مثبت درباره نگرانی	مرد	۶۳	۱۲/۳۶	۴/۴۸
		زن	۶۳	۱۱/۳۱	۳/۸۳
		کل	۱۲۶	۱۱/۸۴	۴/۱۶
	اطمینان شناختی کم	مرد	۶۳	۱۲/۴۶	۴/۹۵
		زن	۶۳	۱۲/۶۳	۴/۵۲
		کل	۱۲۶	۱۲/۵۴	۴/۷۳
	نیاز به کنترل نگرانی	مرد	۶۳	۹/۸۰	۲/۹۶
		زن	۶۳	۱۱/۳۱	۳/۳۱
		کل	۱۲۶	۱۰/۵۶	۳/۱۴
	کنترل ناپذیری افکار	مرد	۶۳	۱۴/۳۳	۶/۲۰
		زن	۶۳	۱۶/۰۶	۶/۹۲
		کل	۱۲۶	۱۵/۱۹	۶/۵۶
همجوشی شناختی		مرد	۶۳	۲۵/۰۷	۵/۶۴
		زن	۶۳	۲۶/۷۴	۶/۵۰
		کل	۱۲۶	۲۵/۹۰	۶/۰۷
امیدبه زندگی		مرد	۶۳	۲۲/۰۴	۱۲/۲۶
		زن	۶۳	۲۳/۶۹	۹/۰۱
		کل	۱۲۶	۲۲/۸۷	۱۰/۶۳

در گام دوم برای بررسی رابطه بین متغیرهای پیش بین (مؤلفه های باور فراشناختی و همجوشی شناختی) با متغیر ملاک (امید به زندگی) از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

جدول ۲: ضریب همبستگی متغیرهای پژوهش با امید به زندگی زوجین

متغیر		آماره	امید به زندگی
	خودآگاهی شناختی	ضریب پیرسون	-۰/۵۹
		سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱
	باور مثبت درباره نگرانی	ضریب پیرسون	-۰/۶۷

مؤلفه های باور فراشناختی		سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱
	اطمینان شناختی کم	ضریب پیرسون	−۰/۶۳
		سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱
	کنترل ناپذیری افکار	ضریب پیرسون	−۰/۵۸
		سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱
	نیاز به کنترل نگرانی	ضریب پیرسون	−۰/۶۹
		سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱
همجوشی شناختی		ضریب پیرسون	−۰/۵۶
		سطح معنی‌داری	۰/۰۰۱

طبق نتایج جدول فوق، بین مؤلفه های باور فراشناختی و همجوشی شناختی با امید به زندگی زوجین رابطه معناداری وجود دارد.

در گام آخر، برای پیش بینی امید به زندگی زوجین بر اساس متغیرهای پژوهش از آزمون رگرسیون چندگانه استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون، بررسی مفروضه های تحلیل فوق نشان داد که بین نمرات متغیرها حالت نرمال بودن چندگانه وجود داشت، روابط بین متغیرها خطی بود و هم خطی چندگانه وجود نداشت.

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد باور فراشناختی و همجوشی شناختی در پیش بینی امید به زندگی زوجین

مدل	R	R^2	R تعدیل شده	F	Sig
۱	۰/۶۸	۰/۶۳	۰/۶۰	۵۴/۹۷۱	۰/۰۰۱

ضرایب بتا و آزمون معناداری t برای متغیرهای پیش‌بین

متغیر ملاک	متغیرهای پیش بین	B	STE	β	T	Sig
امید به زندگی	خودآگاهی شناختی	−۰/۹۷۱	۰/۳۹۲	−۰/۱۹۶	−۲/۴۷۴	۰/۰۱۵
	باور مثبت درباره نگرانی	−۰/۶۶۴	۰/۳۴۳	−۰/۱۳۸	−۱/۹۳۶	۰/۰۵۵
	اطمینان شناختی کم	−۰/۸۳۴	۰/۳۱۴	−۰/۱۸۹	−۲/۶۵۹	۰/۰۰۹
	کنترل ناپذیری افکار	−۰/۱۶۶	۰/۰۷۵	−۰/۱۲۸	−۲/۲۲۱	۰/۰۲۸
	نیاز به کنترل نگرانی	−۱/۵۱۱	۰/۴۶۷	−۰/۲۷۶	−۳/۲۳۳	۰/۰۰۲
	همجوشی شناختی	−۰/۹۱۵	۰/۴۳۸	−۰/۱۶۶	−۲/۰۸۹	۰/۰۳۹

نتایج جدول فوق نشان می‌دهد که مدل پیش‌بینی امید به زندگی زوجین توسط مؤلفه های باور فراشناختی و همجوشی شناختی معنی دار است. ضرایب بتای متغیرهای پیش بین نیز نشان می‌دهد که از بین

مؤلفه های باور فراشناختی: خودآگاهی شناختی ۰/۲۰-، اطمینان شناختی ۰/۱۹-، کنترل ناپذیری افکار ۰/۱۳-، نیاز به کنترل فکر ۰/۲۸- و متغیر دیگر پژوهش همجوشی شناختی ۰/۱۷- قابلیت پیش‌بینی معنادار امید به زندگی زوجین را دارند.

نتیجه

نتایج کلی پژوهش حاضر نشان دهنده وجود روابط بین باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی با امید به زندگی زوجین بود. از آنجایی که یکی از اهداف پژوهش حاضر ترسیم مدل رگرسیون بر اساس متغیرهای پیش بین جهت پیش بینی امید به زندگی زوجین بود، از این رو نتایج رگرسیون نشان داد باور فراشناختی و همجوشی شناختی قابلیت پیش بینی امید به زندگی زوجین را دارند.

همانطوری که ذکر شد، قسمت اول نتایج نشان داد بین باور های فراشناختی و امید به زندگی زوجین رابطه منفی معناداری وجود دارد. زوجینی که در مقیاس باور فراشناختی نمره بالاتری کسب کردند، دارای امید به زندگی پایینی بودند، در مقابل زوجینی که در این مقیاس نمره کمی دریافت کردند، دارای امیدواری بالایی بودند. در تبیین نتیجه به دست آمده، می توان گفت که طبق نظر ولز (Wells, 2009) بیشتر فعالیت های شناختی به عوامل فراشناختی بستگی دارند که بر آن ها نظارت و کنترل دارند. عوامل فراشناختی (خودآگاهی شناختی، باور مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، داشتن باور منفی درباره نیاز به کنترل فکر و باور درباره کنترل ناپذیر بودن نگرانی)، بخش مهمی از فعالیت های شناختی افراد را در بر می گیرد. ولز و کارترایت هاتون (Wells, & Cartwright-Hatton, 2004) باورهای فراشناختی را در پنج بعد زیر طراحی کرده اند: ۱-باورهای مثبت درباره ی نگرانی مثل اینکه نگرانی به من کمک می کند تا مقابله کنم،۲-باورهای منفی درباره ی نگرانی که تمرکز شان بر غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی است، ۳-اطمینان شناختی کم، مثل اینکه حافظه ی ضعیفی دارم،۴-باورهای منفی در مورد افکار که این باورها شامل مواردی مانند تنبیه، خرافات هستند، ۵-خودآگاهی شناختی مثلا به نحوه ی کار ذهنم به شدت توجه می کنم. در مدل فراشناختی ولز (Wells, 2009) افراد باورهای مثبتی را در ارتباط با کارایی نگرانی در کمک به مقابله پرورش می دهند. سپس به واسطه فعال شدن باورهای فراشناختی مبتنی بر غیرقابل کنترل بودن و خطر، نوع دیگری از نگرانی تحت عنوان فرانگرانی در آن ها شکل می گیرد. باورهای فراشناختی که افراد به صورت فرا ارزیابی های منفی از غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی های خود دارند عامل اساسی در شکل گیری اضطراب و نگرانی می باشند (Khanipur; Sohrabi & Tabatabaee, 2011). نتایج مطالعات نشان داده است که نقص در فراشناخت باعث کاهش رضایت از زندگی زوجین می شود. زوجینی

که از راهبردهای نامناسب فراشناختی استفاده می کنند رابطه ی زناشویی مناسب تری نخواهند داشت. هم چنین آموزش فراشناخت درمانی نقش تاثیر گزاری در بهبود روابط زوجین دارد (Fisher & Wells, 2008). آموزش راهبردهای مناسب فراشناختی به زوجین، باعث بهبود رضایت زناشویی آن ها می شود. فراشناخت از طریق تعدیل حل مسئله اجتماعی بر فعالیت های جسمی و ذهنی اثر می گذارد. باورهای فراشناختی از عوامل موثر در وضعیت سلامت روانی هستند.

افرادی که نقص فراشناختی در آن ها بالاست از سلامت روانی مناسبی برخوردار نمی باشند (Ashouri, 2009). راهبردهای فراشناخت با نشانه های استرس به طور مثبت معناداری رابطه دارد (Roussis & wells, 2006). این به معنای آن است که هر چه قدر باورهای فراشناختی در زوجین بالا باشد، استرس آنان نیز افزایش خواهد یافت و همین امر ممکن است باعث کاهش امیدورای آنان شود. نقص در فراشناخت با اختلال شخصیت رابطه دارد.

باورهای فراشناختی از عوامل تاثیر گزار در بروز اختلالات روانی می باشند (Wells, 2009). نتایج مطالعات نشان داده است بین باورهای فراشناختی و اختلالات شخصیت رابطه وجود دارد (Jared & et al, 2016). نتایج مطالعات دیگری نشان داده است که بین خودکارآمدی و باور فراشناختی در بین افراد همبستگی معناداری وجود دارد (Kareshki & Pakmehr, 2011). تمامی مطالب ذکر شده و نتایج این مطالعه از نقش باور فراشناختی در کاهش عملکرد و امید به زندگی افراد حمایت می کند.

قسمت دیگر نتایج نشان داد، بین همجوشی شناختی با امید به زندگی زوجین رابطه منفی معناداری وجود دارد. زوجینی که همجوشی شناختی در آن ها بالا بود، دارای امید به زندگی کمی بودند، اما زوجینی که همجوشی شناختی در آن ها کم بود، امید به زندگی بالایی داشتند. این به معنای آن است که هر چه قدر همجوشی شناختی در افراد بالا باشد، امید به زندگی آنان کاهش خواهد یافت.

در تبیین نتیجه به دست آمده می توان گفت که هیز (Hayes, 2004) معتقد است که هیجانات به طور گسترده با افکاری که ناشی از تفاسیر واقعی تجربه‌ها هستند ترکیب می شوند و تجربه درونی افراد را غیر قابل تشخیص می کنند، که این عامل می تواند با تاثیر بر رفتار زوجین، مشکلاتی را برای آنان به بار بیاورد. طبق نظر گیلاندرز و همکاران(Gillanders & et al, 2014) فاصله از افکار گسلش شناختی نامیده می شود و روند مبارزه خود را همجوشی شناختی می گویند که تمایل برای رفتار بیش از حد تحت تاثیر شناخت است.

در همجوشی شناختی فرد طوری تحت تاثیر افکارش قرار گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می شوند رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می کند. از نظر آنان، همجوشی شناختی زمانی اتفاق می افتد که شخص در بافت فکری خود گرفتار شود (Gillanders & et al, 2015). همجوشی شناختی زمانی رخ می دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذاشته و باعث می شوند، فرد به جای توجه به فرایند فکر به تولیدات فکر توجه نماید. زمانی که این فرایند بر تجربه هر یک از زوجین غلبه داشته باشند منجر به انعطاف ناپذیری روانشناختی در بین آن ها می شود (Baradaran, Zare, Alipour & Farzad, 2016).

زوجینی که همجوشی شناختی در آن ها بالا باشد، بیشتر در باب فکری خود درگیر شده و همین امر باعث نارضایتی زناشویی و بر اساس نتایج پژوهش حاضر امید به زندگی آنان کاهش خواهد یافت. بنسون (Banson, 2006)در مرور مطالعات مربوط به امید می گوید سطوح بالای امید با سلامت جسمی و روانشناختی، خودارزشی بالا، تفکر مثبت و روابط اجتماعی رابطه مثبت دارد.

امید یکی از پایه های اصلی عملکرد روانی می باشد که این اصل روانی، می تواند رونق دهنده دستاوردهای زندگی زوجین باشد. امید با نیروی مؤثر خود، سیستم فعالیتی خود را تحریک کرده و دریچه های تازه ای را به روی زوجین باز می کند(Naderi & et al, 2014). از نظر اشنایدر و لوپز (Snyder & Lopez, 2001)امید دارای دو مولفه شناختی و عاطفی می باشد.

امید می تواند پیش بینی کننده وقوع رویدادهای مثبت در آینده و در نتیجه افزایش کیفیت زندگی زوجین باشد. نتایج مطالعه گیلاندرز و همکاران (Gillanders & et al, 2015) نشان داد همجوشی شناختی از عوامل تاثیرگزار در کیفیت زندگی افراد می باشد. هر چه قدر همجوشی شناختی در زوجین بالا باشد، بیشتر مستعد افسردگی خواهند بود و هرچه قدر همجوشی شناختی در زوجین کم باشد، کمتر احتمال خواهد داشت دچار افسردگی شوند (Samadifard, 2016). در مجموع می توان اینگونه نتیجه گرفت که همجوشی شناختی از عوامل تاثیز گزار در کاهش کیفیت و امید به زندگی می باشد.

در نهایت قسمت آخر نتایج نشان داد که باور فراشناختی و همجوشی شناختی قابلیت پیش‌بینی معنادار امید به زندگی زوجین را دارند. در نتیجه می‌توان بیان نمود که باور فراشناختی و همجوشی شناختی در زمره متغیرهای مرتبط با امید به زندگی زوجین بودند و توانایی پیش‌بینی آن را دارند. در مجموع با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می توان نتیجه گرفت که، باورهای فراشناختی و همجوشی شناختی از متغیرهای

مهم در امید به زندگی زوجین می باشند. بنابراین یافته های پژوهش حاضر را می توان در بهبود امید به زندگی زوجین به کار بست.

از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به کمبود پیشینه اشاره کرد. هم چنین استفاده از روش نمونه گیری در دسترس و محدود بودن به زوجین شهر اردبیل از محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می باشد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات دیگر از روش نمونه گیری تصادفی بهره گرفته و در دیگر شهرها انجام گیرد، تا تعمیم نتایج با اطمینان بیشتری امکان پذیر باشد. علاوه بر این توصیه می شود در مراکز مشاوره، کارگاه های قبل و بعد ازدواج، با آموزش های غلبه بر راهبردهای نامناسب فراشناختی و هم چنین همجوشی شناختی، به زوجین در افزایش امید به زندگی کمک کرد.

References

Amato, P.R. & Cheadle, J. (2008). Parental divorce, marital conflict and children's behavior problems : A comparison of adopted and biological children. Sociol Forces, 86(3): 1136-1161.

Ashouri, A. (2009). Metacognitive beliefs and general health among college students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 11(41): 15-20. (In Persian).

Ahmadi, A. & Shojae, M. (2011). Estimation of life expectancy changes in chaharmahal va bakhtiyary province, Iran, during 2005-2009. *J Shahrekord Univ Med Sci*, 13(4): 74-80. (In Persian).

Akbari, M., Roshan, R., Shaieri, M.R. & Ladan, F. (2014). *The development of transdiagnostic protocol based on repetitive negative thinking for treatment of people with co-occurrence anxiety and depression disorders*. Dissertation. Tehran, Shahed University. [In Persian]

Ashouri, A., Khaleghi, F. & Saffarian, M.R. (2014). Investigating the effect of meta-cognitive therapy on the rate of marital satisfaction of women. *Woman and family studies*, 6(24): 53-65. (In Persian).

Akbari, M., Mohamadkhani, S. & Zarghami, F. (2016). The mediating role of cognitive Fusion in explaining the Relationship between emotional dysregulation with anxiety and depression: A transdiagnostic Factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 22(1): 17-29. (In Persian).

Banson, W. (2006). The role of hope and study skills in predicting test anxiety level of university students high school and psychological health, self-esteem, positive thinking and social communication. These is for degree of *master of science in the department of educational sciences middle east technical university.*

Baradaran, M. Zare, H. Alipour, A. & Farzad, V. **(2016).** Effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on cognitive fusion and physical health indicators in

essential hypertensive patients. *Journal of Cognitive Psycholog*y, 4(1, 2): 1-9. (In Persian).

Cunningham, J.B. & Mccrum Gardner, E. (2007). Power, effect and sample size using G Power. Practical issues for researchers and members of research ethics committees. *Evidence Based Midwifery*, 5(4): 6-132.

Dyrenforth, P.S., Kahsy, D.A., Donnellan, M.B. & Lucas, R.E. (2010). Predicting relationship and life satisfaction from personality in nationally representative samples from three countries the relative importance of actor, partner and similarity effects. J Pers Soc Psychol, 99(4): 690-702.

Delavar, A. (2000). *Research method in psychology*. Tehran. 8^{th} Ed, Virayesh. 112-113. (In Persian).

Efklides, A. (2006). Metacognition and affect, what can metacognitive experiences tell us about the learning process? *Educational Research Review*, 1(1): 3-14.

Elizabeth, A. (2011). United States life table. *National Vital Statistics Report*, 64(11): 1-63.

Fisher, P. L. & Wells, A. (2008), Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 39(2); 117-132.

Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F.W., Dempster, M., Flaxman, P.E. & et al. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behav Ther*, 45(1): 83-101.

Gillanders, D., Ashleigh, K.S., Margaret, M. & Kirsten, J. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *J Contextual Behav Sci*, 4: 300-311.

Ghaleb, A.B., Souad, G., & Mutasem, A. (2015). Self-Efficacy, achievement goals, and metacognition as predicators of academic motivation. Procedia Soc *Behav Sci*, 191: 2068 - 2073.

Ghasemi, A., Abedi, A. & Baghban, I. (2009). The impact of group education based on Snyder’s hop theory on the rate of happiness in eldery’s life. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 41: 17-40. (In Persian).

Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioural and cognitive therapies. *Behav Ther*, 35: 639-665.

Helen, N., Steffen M. & Reinhard, P. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive–compulsive disorder. *J obsessive compuls relat disord*, 2: 119-129.

Iiskala, T., Vauras, M., Lehtinen, E. & Salonen, P. (2011). Socially shared metacognition of dyads of pupils in collaborative mathematical problem-solving processes. *Learn Instr*, 21(3): 379-393.

Ines, A. & Trindade, C.F. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eat Behav*. 15(1): 72-75.

Jared, O., Giancarlo, D., Raffaele, P, Kelly. B, Kelly, A. & et al. (2016). Metacognition moderates the relationship of disturbances in attachment with severity of borderline personality disorder among persons in treatment of substance use disorders. *Compr psychiatry*, 64: 22-28.

Kareshki, H. & Pakmehr, H. (2011). The relationship between self-efficacy beliefs, meta-cognitive and critical thinking with mental health in medical sciences students. *Hakim Health Sys Res* , 14(3): 180-187. (In Persian).

Kermani, Z., Khodapanahi, M. & heidari, M. (2011). Psychometric properties of Snyder's hope scale. *Journal of Applied Psychology*, 3(19): 7-23. (In Persian).

Karami, J., Zakiei, A. & Rostami, S. (2013). The role of meta-cognitive beliefs and self-efficacy in predicting social phobia in third grade boy students in Kermanshah. *Journal of school psychology*, 1(1): 62-75. (In Persian).

Khanipur; H., Sohrabi, F. & Tabatabaee, S. (2011). Comparsion of metacognituve belifes and thought control strategies among students with normal and pathological worry. *Research in Clinical Psychology and Counselings*, 1(1): 71-82. (In Persian).

Lobban, F., Haddock, E., Einderman, P. & Wells, A. (2002). The role metacopinitive beliefs auditory hallucination. *Pers Individ Dif*, 32(6): 1351-1363.

Morrison, A. P. & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behav Res Ther*, 41: 251-256.

Mohammadi, M., Yavarian, R. & Arefi, M. (2011). A Comparison of mental health and life expectancy in employed and unemployed women of west Azerbaijan. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*. 9(1): 39-43. (In Persian).

Nabawi, J. & Ahmadi, Kh. (2011). The effectiveness of mindfulness-based family therapy on frigidity among divorce seeking women. *Family Counseling and psychotherapy*, 2(3): 412-425. (In Persian).

Naderi, H., Mokhtari Mirkola, M. & Mohammadpour, M. (2014). The effectiveness of happiness education on life expectancy of divorcing spouses using Fordyce method. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 1(2): 28-39. (In Persian).

Ripley, J.S. & Worthington, E.L. (2002). Hope-focused and forgiveness-based group interventions to promote marital enrichment. *Journal of Counseling & Development*, 80(4): 452-463.

Roussis, P. & wells, A. (2006). Post- traumatic stress symptoms: test of relationships with thought control symptoms: Test of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Perso and Indivi Diff*, 40(1): 111-122.

Rostami, M., Taheri, A, Abdi, M. & Kermani, N. (2014). The effectiveness of instructing emotion-focused approach in improving the marital satisfaction in couples. *Procedia Soc Behav Sci*, 114: 693 - 698.

Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S., Irving, L.M., sigmon, S.T. & et al. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol*, 60(4): 570-585.

Snyder, C.R.Y. & Lopez, S.J. (2001). *Handbook of Positive Psychology US*, Oxford University Press.

Salarifar, M.H. & Pouretemad, H.R. (2012). The relationship between metacognitive beliefs and anxiety and depression disorder. *Yafteh*, 4(13): 29-38. (In Persian).

Sedation, S.H, Mostajeran, M. & Ghamrani, A. (2012). The comparative analysis of hope and optimism among normal students and those suffering from hearing impairment. *Journal of Exceptional Education*, 4(112): 18-26. (In Persian).

Samadifard, H.R. (2016). The relationship between cognitive fusion and depression in spouses. *Journal of Management and Social Studies*, 3(7): 147-153.

Samadifard, H.R. (2015). *The relationship between self-compassion and cognitive fusion with quality of life among students*. The international congress of psychology. Iran, Tehran. (In Persian).

Shirinzadeh Dastgiri, S., Goodarzi, M., Rahimi, Ch. & Naziri, Gh. (2009). Study of factor structure, validity and reliability of metacognition questionnaire-30. *Journal of Psychology*, 12(4): 445-461. (In Persian).

Vander Heiden, C., Muris, P. T. & Vander Molen, H. (2012), Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 50(2): 100-109.

Vohs, J.L., Lysaker, P.G., Francis, M.M., Hamm, J., Buck, K.D. & et al. (2014). Metacognition, social cognition, and symptoms in patients with first episode and prolonged psychoses. *Schizophr Res*, 153: 54-59.

Valizade, M., Hasanvandi, S., Mehrabizade Honarmand, M. & Afkar, A. (2013). Effectiveness of group metacognitive therapy for Students metacognitive beliefs and anxiety. *Social and Behavioral Sc*iences, 84: 1555-1558.

Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther*, 42: 385-396.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford, 1-22.

Zare, H. (2014). Standardizing of the social scale of cognitive fusion Gillanders based on Bohrnstedt model. *Social Psychology Research*, 15(4): 16- 28. (In Persian).